

Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicalgia e lombalgia

Prevalence of temporomandibular dysfunction signs and symptoms in women with low back and cervical pain

Juliana de Paiva Tosato*, Tabajara de Oliveira Gonzalez**, Luciana Maria Malosa Sampaio***, João Carlos Ferrari Corrêa***, Daniela Aparecida Biasotto-Gonzalez***

Recebido: 16/09/2007

Aprovado: 26/11/2007

Resumo

Frente à vulnerabilidade da articulação temporomandibular (ATM) a alterações intrínsecas e extrínsecas, têm-se estudado fatores capazes de gerar disfunção nesta articulação. Uma possível desencadeadora de sintomas na ATM é a alteração postural. Assim, o objetivo é analisar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) em mulheres com cervicalgia e lombalgia. Para isso, foram entrevistadas 20 mulheres entre 19 e 51 anos de uma clínica de fisioterapia, portadores de algias vertebrais, sendo 12 na cervical e oito na lombar. Para coletar os dados foram utilizadas questões do Questionário Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para ATM. Após análise dos resultados, foi constatado que as mulheres com cervicalgia apresentavam mais sinais e sintomas de disfunção temporomandibular do que as com lombalgia.

Palavras-Chave

Lombalgia; cervicalgia; dor; articulação temporomandibular.

Abstract

The temporomandibular joint (TMJ) is vulnerable to intrinsic and extrinsic factors. Many factors that may predispose to dysfunction have been studied. The posture alteration may be a cause of temporomandibular dysfunction (TMD). This study aimed to verify the prevalence of symptoms of TMD in women with vertebral pain. It was evaluated 20 women between 19 and 51 years in one physical therapy clinic with vertebral pain (12 with cervical pain and 8 with low back pain). To obtain the data we used questionnaires of the research diagnostic criteria to TMJ. It was noted that the woman with cervical pain presented more signs and symptoms of dysfunction than that who have low back pain.

Keywords

Low back pain; cervical pain; pain; temporomandibular joint.

Introdução

Milhões de pessoas queixam-se de dores na coluna, sendo estes, um dos principais incômodos da população¹. A causa dessas dores geralmente está relacionada à má postura, tensão, ou patologias vertebrais². Independentemente da origem da dor, é observada uma postura antálgica, dado que alterações posturais podem influenciar diretamente na face e na biomecânica temporomandibular.

A articulação temporomandibular (ATM) constitui a ligação móvel entre o osso temporal e a mandíbula^{3,4}. É uma articulação do tipo sinovial, que se associa anatômica e cinesiologicamente com as articulações adjacentes e da coluna⁵, e por ser vulnerável a alterações intrínsecas e extrínsecas, esta articulação pode ser afetada pela postura^{3,6}. Deste modo, o posicionamento da coluna cervical influencia diretamente na face, agindo na relação entre o maxilar superior e a mandíbula⁷. Segundo Michelotti⁸, o sistema mastigatório e o posicionamento corporal estão intimamente relacionados. Assim, uma mudança na posição da cabeça, causada pela musculatura cervical, altera a posição da mandíbula⁹. Isto influencia na oclusão e na musculatura mastigatória, afetando a ATM¹⁰. Além disso, a tensão da musculatura posterior da coluna cervical pode comprimir o nervo occipital levando a cefaléia¹¹.

Alterações na postura podem levar a disfunção temporomandibular (DTM), descrita por Siqueira e Ching¹² como um grupo de condições dolorosas orofaciais com alterações funcionais do aparelho mastigatório. Essas disfunções podem levar a diversos sinais, onde se observam dores musculares nos masseteres e temporais, dores articulares e dores de ouvido¹³. A dor bilateral pode ser encontrada como a queixa mais comum entre os pacientes com disfunção¹⁴. Garcia e Ramos¹⁵ verificaram a presença de ruídos articulares em 49,1% dos pacientes com DTM. Landulpho⁶ coloca o ruído articular como um dos sinais de DTM que pode indicar alteração na articulação. Zumbidos também são achados frequentes em portadores de DTM^{15,16}. Outra manifestação clínica como a cefaléia, é comumente encontrada¹⁰, gerada principalmente pela tensão da

Departamento de Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo (SP)

*Programa de Pós-graduação em Biologia e Patologia Buco Dental – Faculdade de Odontologia de Piracicaba /UNICAMP

**Programa de Pós-graduação em Fisioterapia – Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

***Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE)

musculatura, o que também pode levar a um cansaço no momento de mastigar os alimentos.

Assim, o objetivo é analisar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicálgia e lombalgia.

Método

Foi realizado um estudo prospectivo transversal, na forma de série de casos, os dados foram coletados numa população em uma clínica de fisioterapia da grande São Paulo, no período de agosto a novembro de 2005. A amostra foi constituída por 20 mulheres, com idades que variaram entre 19 e 51 anos. Foram divididas em dois grupos; Grupo I: 12 mulheres que apresentavam cervicálgia e Grupo II: 8 mulheres que apresentavam lombalgia. Para a coleta dos dados foram utilizadas questões adaptadas do Questionário Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para ATM¹⁷.

Inicialmente, coletavam-se os dados pessoais e questionava-se a localização da dor. Iniciou-se então a coleta dos dados através das questões adaptadas do Questionário Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para ATM¹⁷, sempre antes do início da sessão de Fisioterapia e pela mesma examinadora. Foi apresentada uma série de questões abertas sobre sinais e sintomas de disfunção temporomandibular, mialgia na musculatura mastigatória, hábitos parafuncionais, ruídos articulares, cefaléia entre outras.

A pesquisa foi realizada seguindo as normas que regulamentam pesquisa em seres humanos contidas nas Resoluções nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, com protocolo nº 0114, os procedimentos foram previamente explicados a todas as participantes.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: indivíduos do sexo feminino e que apresentaram quadros dolorosos vertebrais, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e que concluíram todo o protocolo de coleta de dados. Foram excluídos os indivíduos do sexo masculino que não apresentaram dor na coluna vertebral.

Após a aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov, a amostra apresentou distribuição normal. Foi utilizado para análise da diferença entre os dois grupos, o Teste *t* de Student.

Resultados

Das pacientes que apresentavam dor cervical, 75% tinham associada dor na articulação temporomandibular (ATM); 75% dor nos masseteres e temporais; 66,6% delas apresentavam cefaléias com frequência; 83,3% rangiam ou apertavam os dentes; 66,6% sentiam cansaço ao mastigar; 75% apresentavam estalos ou crepitações quando abriam a boca; e 33,3% tinham zumbido (Figura 1).

Já entre as pacientes que apresentavam dor lombar, nenhuma apresentou associada dor na ATM; foi encontrada menor prevalência dos outros sinais e/ou sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), 37,5% delas tinham dor nos masseteres e temporais; 62,5% tinham cefaléias com frequência; 37,5% rangiam ou apertavam os dentes; 12,5% sentiam cansaço ao mastigar; 25% apresentavam estalos ou crepitações quando abriam a boca; e 12,5% tinham zumbido (Figura 2).

Após análise descritiva dos dados obtidos, foi possível verificar através do Teste *t* de Student que houve diferença significativa entre os sintomas apresentados pelo grupo com cervicálgia e os apresentados pelo grupo com lombalgia ($p = 0,002$).

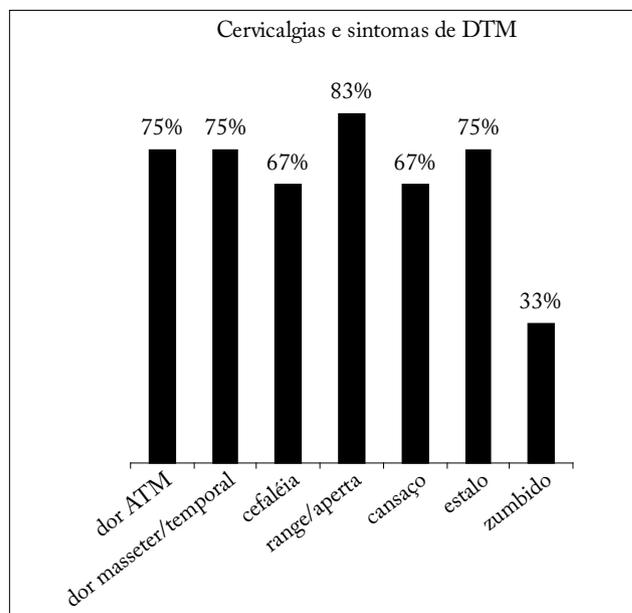


Figura 1
Prevalência de DTM em mulheres com cervicálgia

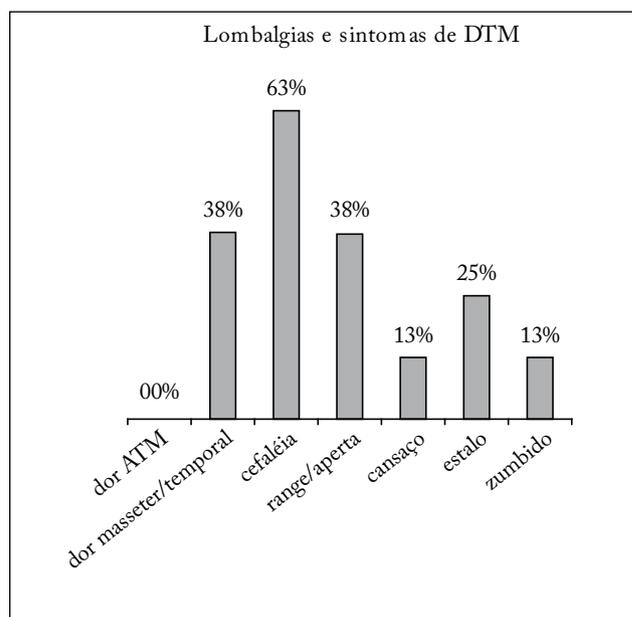


Figura 2
Prevalência de DTM em mulheres com lombalgia

Discussão

Após a análise dos dados obtidos, observou-se que das pacientes que apresentavam lombalgia, a presença de dor na articulação temporomandibular (ATM) foi nula, e os outros sinais e ou sintomas de disfunção foram encontrados em menor incidência. Isso pode ser justificado por uma postura inadequada que afete a região lombar, visto que pouco influencia na ATM, uma vez que não se apresentam diretamente ligadas.

Já nas pacientes que apresentaram dor na cervical, a grande maioria apresentou associada dor na ATM. Isso é justificado pela relação entre a coluna cervical e o crânio, pois qualquer alteração postural na região cervical pode levar a uma alteração na biomecânica da ATM, uma vez que a mandíbula é um osso móvel, passivo de sofrer alterações. Assim, uma cervicálgia pode levar a uma postura antálgica da cabeça, influenciando na ATM. Essa alteração pode levar a uma disfunção temporomandibular (DTM), caracterizada por sinais e/ou sintomas. A dor na ATM, encontrada em 75% dos casos nessa pesquisa, é consoante ao de outros estudos^{3,14,15}.

Os estalos ou crepitações ao abrir e fechar a boca encontrados nesse estudo são achados freqüentes entre os portadores de DTM. Esses estalos são próprios do deslocamento descoordenado entre o disco e o côndilo¹⁸.

A dor muscular, que pode ser causada por uma hiperatividade dos músculos, é uma ocorrência comum¹⁵. Esse aumento da atividade do músculo o predispõe a uma fadiga, o que explica o cansaço na hora de mastigar os alimentos. A dor facial ou cefaléia, verificada em muitas das pacientes entrevistadas, é outro sintoma freqüente em pacientes com alterações nos músculos mastigatórios e ou na ATM¹⁹. Assim, é notável que a saúde e a estabilidade da ATM dependem, entre outros fatores, de uma boa postura, uma vez que não se pode tratar uma cabeça sem corpo^{3,20,21}, fato este observado nesse trabalho, ao verificar a alta relação entre algias vertebrais e sintomas de DTM.

Em conclusão, houve um aumento da prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicálgia.

Referências

1. Riddle DL. Classification and low back pain: A review of the literature and critical analysis of selected systems. *Physical therapy. Low Back Pain Special Series* 1998;78:708-37.
2. Hoppenfeld S. *Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1999.
3. Biasotto-Gonzales DA. *Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares*. São Paulo: Editora Manole; 2005. 246 p.
4. Savalle WPM. Anatomia do aparelho mastigatório. In: Steenks MH, Wijer A. *Disfunções da articulação temporomandibular do ponto de vista da Fisioterapia e da Odontologia*. São Paulo: Santos; 1996.
5. Okeson JP. *Fundamentos de oclusão e desordens Temporomandibulares*. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
6. Landulpho AB, Silva WAB, Silva FA. Análise dos ruídos articulares em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos interoclusais. *JBA* 2003;3:112-7.
7. Molina OF. *Fisiopatologia craniomandibular. Oclusão e ATM*. São Paulo: Pancast; 1989.
8. Michelotti A, Manzo P, Farella M, Martina R. Occlusion and posture: is there evidence of correlation? *Minerva Stomatol* 1999;48(11):525-34.
9. Cauás M, Alves IF, Tenório K, Filho JBHC. Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2004;4:121-9.
10. Hertling D, Kessler RM. *Management of common musculoskeletal disorders physical therapy – principles and methods*. New York: Lippincott; 1996.
11. Calliet R. *Neck and arm pain*. 3rd ed., FaDavis; 1991.
12. Siqueira JTT, Ching LH. *Dor orofacial/ATM. Bases para diagnóstico clínico*. Curitiba, maio 1999.
13. Barbosa GAS et al. Distúrbios oclusais: Associação com a etiologia ou uma consequência das disfunções temporomandibulares? *JBA* 2003;3:158-63.
14. Kierveskari P, Jamsat T, Alanen P. Occlusal adjustment and the incidence of demand for temporomandibular disorder treatment. *J Prosthet Dent* 1998;79(04):433-8.
15. Cooper BC, Cooper DL. Recognizing otolaryngologic symptoms in patients with temporomandibular disorders. *Cranio* 1993;11:260-7.
16. Garcia AR, Ramos IM. Avaliação da presença de ruídos articulares em uma população de adultos jovens. *Rev Odontol Araçatuba* 2002;23:46-53.
17. Neville BW, Dam DD. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
18. Lund JP, Widmer CG, Feine JS. Validity of diagnostic and monitoring tests used for temporomandibular disorders. *J Dent Res* 1995;74(4):1133-43.
19. Stetenga B. Classification of temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. *J Craniomandib Pract* 1992;10:96-106.
20. Mohl ND. Reliability and validity of diagnostic modalities for temporomandibular disorders. *Adv Dent Res* 1993;07:113-9.
21. Rocabado MS. *Cabeza y cuello – tratamiento articular*. Buenos Aires: Inter Médica; 1979.
22. Gadotti IC, Berzin F, Biasotto-Gonzalez. Preliminary rapport on head posture and muscle activity in subjects with class I and II. *J Oral Rehabil* 2005;32:794-9.

Endereço para correspondência

João Carlos Ferrari Corrêa
Avenida Francisco Matarazzo, 612, Água Branca
CEP 05001-100 – São Paulo (SP)
Tel.: (11) 3665-9325 / Fax: (11) 3365-9301
E-mail: jcorrea@uninove.br